TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Jean ANDÉRODIAS

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE BORDEAUX

AGRÉGATION DE CHIRURGIE (*Section d'accouchements*)

CONCOURS DE 1901

TITRES UNIVERSITAIRES

Moniteur des travaux pratiques d'accouchements à la Faculté (1898-1899-1900).
Docteur en médecine (1900).
Lauréat de la Faculté (Prix de Thèse, Médaille de bronze, 1900).
Chef de Clinique obstétricale (1900).

TITRES HOSPITALIERS

Externe des hôpitaux de Bordeaux (Premier de la Promotion, 1895).
Interne des hôpitaux de Bordeaux (1896-1900).
Interne de la Maternité (1899-1900).
Lauréat des hôpitaux (Médaille d'argent, 1899).

ENSEIGNEMENT

Exercices pratiques d'opérations obstétricales à l'amphithéâtre (1898-1899).
Id. (1899-1900).
Conférences aux étudiants de 3e année (Conf. de Travaux pratiques, 1900).

Membre de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.
Lauréat de cette Société (1897).
Membre de la Société d'Obstétrique de Paris.
Membre de la Société obstétricale de France.

TABLE ANALYTIQUE

I. — Publications obstétricales.

II. — Publications chirurgicales.

III. — Publications médicales.

I. — PUBLICATIONS OBSTÉTRICALES

1. — Diphtérie et gravidisme.

(Thèse de Bordeaux, 1900.)

2. — Diphtérie puerpérale due au bacille de Lœffler.

(*Gaz. heb. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1900.)

3. — Diphtérie et gravidisme.

(Recherches cliniques et expérimentales.)
(*Rev. de Gyn., Obst. et Pæd. de Bordeaux*, 1900.)

Ces trois mémoires contiennent toutes les recherches que nous avons faites, au point de vue clinique et expérimental, sur les rapports réciproques de la diphtérie et de l'état puerpéral.

Depuis une vingtaine d'années, la plupart des maladies infectieuses ont été étudiées dans leurs rapports avec la grossesse. Presque seule jusqu'à aujourd'hui, la diphtérie, étudiée à ce point de vue, n'avait fait l'objet d'aucun travail d'ensemble. Nous ne trouvons guère, en effet, que des observations éparses dans la littérature médicale française et étrangère, et un court aperçu dans le *Traité des maladies de la grossesse* de Vinay (1894). En 1894, la découverte de l'antitoxine diphtérique vient révolutionner le traitement, et par là même le pronostic de l'intoxication diphtérique. Sa répercussion se fait-elle sentir dans le cas qui nous occupe? C'est un point sur lequel nous n'avons trouvé aucun rensei-

gnement et que nos observations personnelles, jointes à l'expérimentation, nous ont permis d'élucider.

ACTION DE LA GROSSESSE SUR LA DIPHTÉRIE

La diphtérie peut survenir dans le cours de la grossesse; mais cette complication est rare. Quelques auteurs ont même prétendu à ce sujet, comme Rokitansky pour la fièvre typhoïde, Cullen et Baumes pour la tuberculose, que la grossesse conférait contre cette infection un certain degré d'immunité (Adams); mais ces idées ne peuvent plus avoir cours à l'heure actuelle.

Dans toutes nos observations, c'est toujours une localisation pharyngée ou laryngée que nous avons notée. Et ce point particulier mérite d'être signalé, car cette localisation est rare après l'accouchement, pendant les suites de couches. A cette période, et pour des raisons faciles à comprendre, c'est presque toujours la diphtérie vulvaire qu'on observe.

Le début de l'affection a, dans presque tous les cas, été insidieux, et les premiers phénomènes sérieux ne sont guère survenus qu'au bout d'une quinzaine de jours environ. Cette lenteur du processus infectieux est importante, car elle permet de faire un diagnostic bactériologique et d'instituer à temps le traitement.

Nous n'avons relevé aucun cas de diphtérie toxique, de cette diphtérie maligne, à marche rapide, qui tue en deux, trois jours. Quand la mort est survenue, c'est plutôt par extension du processus infectieux local aux parties voisines : fosses nasales, larynx, trachée, bronches, extension qui paraît assez fréquente et qui est un facteur d'aggravation du pronostic.

Les complications habituelles de l'infection diphtérique, myocardite, albuminurie, paralysie du voile du palais, etc., ne sont pas plus fréquentes qu'à l'état ordinaire.

La terminaison de la diphtérie pendant la grossesse dépend essentiellement du traitement qui est suivi. Fatale dans la moitié environ des cas traités par la médication

ancienne (observations antérieures à 1894), elle paraît favorable chez toutes les malades auxquelles on injecte du sérum antidiphtérique.

Les dix-sept observations qu'on trouvera dans notre thèse démontrent la vérité de nos conclusions.

INFLUENCE DE LA DIPHTÉRIE SUR LA GROSSESSE

Quelles sont la marche et l'évolution de la grossesse lorsqu'elle se complique de diphtérie ?

Les troubles qu'on rencontre d'ordinaire pendant la grossesse dans le fonctionnement des divers appareils ne sont pas augmentés. Du reste, tous les troubles du fait de la grossesse ne viennent qu'au second plan, ce sont ceux de l'intoxication diphtérique qui dominent.

La grossesse est-elle influencée dans sa durée ? Ollivier, Sochaff, avaient signalé l'avortement comme possible. Il semble ressortir de nos observations que la diphtérie exerce une influence nocive sur la durée de la grossesse, puisque dans un tiers des cas (33 o/o) il y a avortement ou accouchement prématuré.

Mais nous avons voulu vérifier expérimentalement ces résultats. Pour cela, nous avons injecté à des lapines pleines des doses variables de toxine diphtérique, de façon à déterminer si cette toxine a véritablement une action abortive. Nous avons employé la toxine, et non le bacille lui-même, parce qu'il est aujourd'hui bien connu que ce dernier agit moins par infection locale que par la diffusion dans l'organisme des produits solubles qu'il sécrète.

L'expérimentation confirme les résultats de la clinique. La proportion des lapines pleines dont la gestation est interrompue sous l'influence de l'intoxication diphtérique a été, dans nos expériences, de 37 o/o, c'est-à-dire de très peu supérieure aux résultats donnés par nos observations cliniques. Et l'expulsion du produit de conception est d'autant plus fréquente que la dose de toxine employée est plus considérable. C'est la toxine elle-même qui est la cause de l'avortement ;

elle détermine des lésions qui ressemblent à ce qui a été décrit sous le nom d' « endométrite aiguë et hémorrhagique de la caduque » dans certaines infections (choléra). On peut, dans tous les cas, constater l'existence d'une congestion extrêmement vive, accompagnée d'hémorrhagies, congestion en tout semblable à celle qui se produit dans l'intestin sous l'influence de la même intoxication diphtérique.

Qu'il y ait ou non avortement, l'intoxication n'en continue pas moins son œuvre, puisque dans toutes nos expériences tous les animaux sont morts en peu de temps.

Conduite à tenir. — Le traitement doit être :

1° Prophylactique : il faudra éviter de mettre une femme enceinte en contact avec une malade atteinte de diphtérie; l'enfant d'une femme atteinte de diphtérie devra être isolé; on pourra même faire des injections préventives de sérum à toute femme enceinte susceptible d'être en contact, directement ou indirectement, avec des diphtériques.

2° Curatif : le traitement sérothérapique doit être pratiqué dans tous les cas où le diagnostic bactériologique est positif. On pourra même injecter des doses massives de sérum sans que la malade en éprouve le moindre inconvénient. Dans nos observations, les cinq malades qui ont bénéficié de ce traitement ont été complètement guéries, et, de plus, leur grossesse est allée à terme. Du reste, des expériences que nous avons faites à ce sujet ont confirmé de tout point les résultats cliniques.

Dans les cas de diphtérie pharyngo-laryngée avec phénomènes asphyxiques, on peut être amené à pratiquer la trachéotomie. Son opportunité n'est pas à discuter dans ce cas, car le danger immédiat que court la malade fait rejeter la grossesse au deuxième plan.

DIPHTÉRIE PENDANT LES SUITES DE COUCHES ET L'ALLAITEMENT

Pendant les suites de couches, la diphtérie affecte presque toujours une localisation vulvaire ou vulvo-vaginale ; cela ne doit pas nous surprendre, car, pendant l'accouchement,

la filière pelvi-génitale est le siège de nombreux traumatismes; il s'y fait des déchirures multiples et le bacille de Löffler trouve là un milieu de culture tout prêt où il pourra se développer tout à loisir. Cette diphtérie vulvaire due au bacille de Löffler était niée autrefois; on croyait que c'était une production streptococcique. Mais les recherches d'Ehrardt et Fabre (1890), de Bumm (1895), de Wiliams (1898), de Longyear (1899), etc..., ont montré qu'il existait une diphtérie puerpérale à bacilles de Löffler.

Elle est justiciable du traitement sérothérapique.

La diphtérie survenant chez une nourrice contre-indique l'allaitement, non seulement à cause de la propagation possible à l'enfant, mais aussi, pendant la convalescence de la maladie, parce que le lait paraît toxique. Mais, comme les expériences ont été faites sur le lait provenant d'une femme non traitée par le sérum antidiphtérique, il serait intéressant de rechercher ce que devient le lait lorsque le traitement sérothérapique a été suivi.

4. — Syphilis et grossesse.

(*Soc. de Gyn. et d'Obst. de Bordeaux*, 1900.)

Une femme, ayant déjà accouché à terme d'enfants bien portants, est mordue à l'oreille par une femme syphilitique, au deuxième mois d'une nouvelle grossesse. Il se développe à ce niveau un chancre syphilitique, avec adénite cervicale; quelque temps après apparaît une éruption roséolique.

Pendant l'évolution de ces accidents, la grossesse suit son cours; les premiers mouvements actifs sont perçus à cinq mois; mais, au bout de quelque temps, ils cessent, et la malade ne tarde pas à accoucher d'un enfant mort et macéré, et cela malgré un traitement spécifique énergique.

Nous insistons sur plusieurs points de cette observation :

1° Sur le mode de l'infection syphilitique, chancre extra-génital;

2° Sur la gravité qu'a prise ce chancre sous l'influence de

la grossesse, de façon à produire une perte de substance considérable;

3° Sur le peu d'action du traitement spécifique comme modérateur de l'action abortive de la syphilis lorsque celle-ci survient dans les premiers mois de la grossesse.

5. — Manifestations cardio-pulmonaires de la grippe pendant la grossesse.

(*Gaz. hebd des Sc. méd. de Bordeaux*, septembre 1900.)

L'influence réciproque de la grippe et de la grossesse a été bien étudiée depuis une dizaine d'années par Gottschalk, Lefour, Vinay, Queirel, Bar et Boullé. Mais ces auteurs ne nous donnent que peu de renseignements sur une forme de grippe, très rare il est vrai, mais qui a néanmoins son importance, la grippe cardio-pulmonaire.

Ordinairement, c'est au niveau de l'endocarde que se fait la localisation cardiaque de la grippe. Dans nos deux observations, c'est la séreuse péricardique qui a été touchée, complication qui n'avait pas encore été signalée.

Dans ces observations, la grippe a affecte une allure plutôt grave. Il est probable que la cause de cette aggravation des symptômes n'est autre que l'état de grossesse qui existait en même temps que la grippe. On sait, en effet, que la plupart des maladies infectieuses ont un pronostic plus sombre lorsqu'elles évoluent pendant la grossesse : rougeole, fièvre typhoïde, diphtérie. Il en est de même pour la grippe (Bar et Boullé).

Dans une des observations, la malade a avorté six jours après son entrée à l'hôpital, vingt et un jours après le début de l'affection. Elle était alors enceinte de six mois et demi. Dans la deuxième observation, la femme, alors enceinte de trois mois, quoique plus malade que la première, a pu aller jusqu'à terme.

L'infection grippale peut donc produire l'expulsion prématurée du produit de conception. Cependant, pour quelques auteurs (Séguell, Bar et Boullé), la grippe ne paraît pas

avancer la date l'accouchement. Pour Gottschalk, Muller, Vinay, ce serait le contraire qui se produirait. Cela dépend probablement de la variété d'évolution de la grippe dans les diverses épidémies

L'expulsion prématurée du produit de conception serait produite par l'action des toxines microbiennes sur le muscle utérin ou sur son appareil nerveux.

D'habitude, lorsque le fœtus est expulsé, pendant une atteinte de grippe, soit prématurément, soit à terme, la maladie prend de ce fait une gravité particulière. C'est un point signalé par la plupart des auteurs. Chez une de nos malades, il n'en a pas été de même. L'état général et local, médiocre jusqu'au moment de l'avortement, s'est amélioré immédiatement après, de telle sorte que la guérison a été rapide.

6. — Sur trois cas de pyélonéphrite gravidique.

(*Soc. d'Obst. de Paris*, février 1901.)

Nous communiquions trois observations de pyélonéphrite gravidique survenue chez des femmes enceintes, du quatrième au septième mois de la grossesse. Nous insistions surtout sur les conditions pathogéniques dans lesquelles l'affection s'est développée.

Chez deux des femmes, il existait une constipation opiniâtre; la troisième avait une diarrhée intense. Sous l'influence probablement d'un léger degré de compression de l'uretère par l'utérus gravide, il s'était fait à ce niveau un lieu de moindre résistance, et une infection d'origine intestinale avait produit une pyélonéphrite.

Du reste, l'examen bactériologique de l'urine dans deux des observations a montré que le colibacille y existait à l'état pur.

Le traitement est venu, pour ainsi dire, confirmer cette pathogénie; car, sous l'influence de l'antisepsie du tube digestif et de l'évacuation de l'intestin, la malade guérit très rapidement.

Il est à remarquer, en effet, que, au point de vue thérapeutique, rien n'a été fait du côté de l'appareil urinaire.

7. — Éclampsie chez une femme atteinte d'ichthyose généralisée; mort 40 heures après le début des accès.

(*Soc. d'Obst. de Paris*, novembre 1900.)

Il s'agissait d'une femme qui présentait, depuis sa naissance, de l'ichthyose généralisée. La grossesse avait été normale jusque près du terme, où la malade avait présenté des signes précurseurs d'éclampsie, en même temps que son urine contenait une grande quantité d'albumine.

Le travail marcha assez rapidement, et cette femme accoucha d'un enfant vivant pesant 2 kil. 500 environ. Immédiatement après la délivrance, une première attaque d'éclampsie survint; puis les crises se succédèrent, et, malgré un traitement approprié, la malade mourut après le 23e accès, sa température étant montée jusqu'à 41°7.

Pour nous, l'intérêt de cette observation résidait surtout dans ce fait que l'éclampsie peut se montrer chez des femmes atteintes de maladies de peau généralisées. On comprend en effet que, dans ces cas, la sécrétion cutanée fait défaut ou est notablement diminuée, favorisant ainsi ou déterminant même l'auto-intoxication gravidique et l'éclampsie.

8. — Sur un cas d'éclampsie.

(*Soc. de Gyn., d'Obst. et de Pæd. de Bordeaux*, 1900.)

Observation d'un cas d'éclampsie dont l'évolution avait présenté diverses particularités intéressantes.

Nous avons cherché chaque jour la quantité d'urée excrétée par cette éclamptique. Faible au début, puisqu'elle n'était que de 11.5 pendant les premières 24 heures, cette quantité a augmenté les jours suivants dans de notables proportions pour arriver à 35.75 le 3e jour. Il nous semble que cette augmentation considérable et rapide du taux de l'urée peut être donnée comme un signe précieux dans le pronostic

de l'éclampsie. Chez notre malade tout pouvait faire songer à un dénouement fatal, la fréquence et la durée des accès, le coma profond et prolongé, l'élévation de la température jusqu'à 42°; seule l'analyse de l'urine, nous montrant dès le deuxième jour une véritable débâcle d'urée, sans polyurie excessive, a pu faire modifier notre pronostic d'une façon plus favorable.

Nous avons fait chez cette malade l'examen bactériologique du sang et nous avons ensemencé sur sérum et sur gélatine une petite quantité de sang pris directement par ponction intra-veineuse, mais ces milieux de culture sont restés stériles.

Enfin, il existait chez cette éclamptique des lésions de tuberculose pulmonaire qui ont reçu un coup de fouet après l'accouchement, et dont l'évolution ultérieure a pu être cependant enrayée.

9. — Grossesse dans un utérus double.

(*Soc. de Gyn., d'Obst. et de Pæd. de Bordeaux*, 1900.)

Il s'agissait dans cette observation d'un utérus septus dont la cloison se prolongeait jusqu'au niveau de l'orifice vulvaire. La grossesse et le travail évoluèrent normalement; c'est seulement au moment de l'expulsion de la tête qu'il y eut un léger degré de dystocie. La tête, une fois arrivée au niveau de l'orifice vulvaire, se trouva bridée par le restant de la cloison qui s'était déchirée au niveau de son insertion sur le col. Pour prévenir des dégâts qui auraient pu être considérables, nous fûmes obligé de sectionner cette bride entre deux ligatures. La tête sortit ensuite très facilement.

10. — Etude sur les bassins viciés par paralysie infantile.

(*Gaz. Heb. des Sc. Méd. de Bordeaux, octobre* 1900.)

A propos d'une femme enceinte dont le bassin présentait une viciation intéressante due à une paralysie atrophique de

l'enfance, nous reprenions l'étude de cette variété de bassins (fig. 1).



Fig. 1.

Après un historique complet de la question, nous étudiions le pronostic de l'accouchement dans ces bassins, à l'aide des observations publiées par Guéniot,Belluzzi,Kourrer,Schauta,

Blanc, Chambrelent, Baudry, Prouvost, et d'une observation personnelle. D'après la plupart de ces auteurs, les lésions de la paralysie atrophique de l'enfance, même lorsqu'elles sont très marquées, n'entraînent généralement pas de lésions pelviennes telles que l'accouchement soit rendu impossible ou même difficile.

Or, en parcourant plusieurs des observations signalées, on peut voir que, dans quelques cas, la viciation pelvienne peut être suffisamment considérable pour mettre obstacle à la parturition. Dans un cas de Kourrer, rapporté par Chambrelent, le rétrécissement était si considérable qu'on fut obligé de pratiquer l'opération césarienne; dans deux examens anatomo-pathologiques de bassins (in Thèse de Prouvost), le diamètre antéro-postérieur minimum du détroit supérieur mesurait 7. 2 et 9 centimètres; dans un cas clinique de Prouvost, ce diamètre mesurait 8 cent. 1. Dans notre observation personnelle, il était de 9.5. Enfin, ces temps derniers, en parcourant l'*Atlas d'Anatomie normale et pathologique* de M. le Dr Fabre, nous trouvions que chez une femme à laquelle M. le professeur Fochier avait fait une opération de Porro, il existait un bassin extraordinairement vicié, et cela, à la suite de la paralysie atrophique des deux membres inférieurs. Le diamètre antéro-postérieur du bassin pouvait être évalué à 3 centimètres. Cette femme n'avait jamais fait un pas.

Le mécanisme pathogénique de cette viciation pelvienne nous donne des renseignements très intéressants sur la variabilité du pronostic dans les cas de ce genre. Il est un facteur qu'il est très important de faire entrer en ligne de compte dans la production du rétrécissement : c'est l'atrophie de l'os coxal.

Dans la plupart des cas qui se sont terminés par un accouchement naturel, l'observation indique que la paralysie ne portait que sur les derniers segments du membre inférieur; presque jamais l'os coxal et la cuisse du côté malade n'étaient atteints.

Dans tous ces bassins, la viciation s'est établie par claudi-

cation : tout le poids du corps étant supporté par le membre du côté sain, c'est l'os coxal de ce côté qui s'est aplati, n'entraînant en somme qu'une très légère déformation, pas assez considérable pour causer une dystocie grave. Dans les autres cas, nous trouvons au contraire tous les segments du membre inférieur touchés par la maladie ; quelques observations indiquent même que c'était l'os coxal qui était le moins épargné.

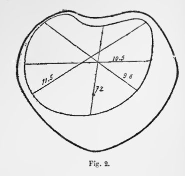


Fig. 2.

Dans ces conditions, on a alors un rétrécissement des deux moitiés du bassin; rétrécissement dont le plus considérable siège presque toujours du côté malade. Si alors la claudication déforme le côté atrophié, l'aplatissement arrive à son maximum; l'os coxal malade, plus malléable qu'à l'état normal, se laisse effacer et refouler en dedans. C'est ce qui est arrivé dans les cas où la dystocie était sérieuse.

Nous pouvons donc diviser ces bassins en trois catégories :

1° Bassin dont la viciation est due à l'aplatissement du côté sain par boiterie ;

2° Bassin vicié uniquement par l'atrophie d'une de ses moitiés (fig. 2) ;

3° Bassin réunissant les deux formes précédentes (fig. 3).

On comprend combien la viciation doit varier dans chacun des cas. La première variété n'est autre que le bassin vicié par claudication unilatérale qui a été étudié depuis longtemps ; la déformation consiste dans un léger aplatissement du côté sain.

Le bassin atrophique unilatéral pur est asymétrique sans analogie avec le type oblique ovalaire. Le détroit supérieur est représenté du côté sain par un grand arc de petit cercle ;

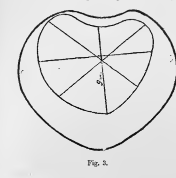


Fig. 3.

du côté atrophié par un petit arc de grand cercle ; la moitié malade est rétrécie.

Le degré de rétrécissement de ce bassin variera, on le conçoit, avec le degré d'atrophie de l'os coxal.

Lorsque coexistent sur un même bassin l'aplatissement dû à la claudication et l'atrophie due à la paralysie infantile, la viciation atteint alors son maximum. Et c'est surtout dans ces cas qu'il a fallu intervenir pour terminer l'accouchement. Dans ce bassin doublement déformé, nous ne trouvons plus l'asymétrie du bassin atrophique unilatéral pur. Il ressemble plutôt au type infantile, car tous les diamètres sont rétrécis, diamètre antéro-postérieur, diamètres obliques, et de ces derniers le plus court est celui qui correspond au côté atrophié.

Le pronostic de l'accouchement varie suivant le type de bassin auquel on a affaire. Dans la première variété, l'accouchement peut se terminer spontanément, et c'est ce qui est arrivé dans les cas que Chambrelent et Prouvost ont publiés. Il est évident que c'est de la position du fœtus que dépend dans ce cas la terminaison de l'accouchement. Mais lorsque les deux côtés sont atteints, l'un par atrophie, l'autre par l'effet des pressions exercées par la tête fémorale sur le côté sain, il n'en est plus de même, surtout lorsque c'est l'élément atrophie qui domine. Les diamètres obliques étant rétrécis des deux côtés, l'occiput du fœtus se portera sans aucune utilité d'un côté ou de l'autre et l'accouchement sera impossible, car il y aura disproportion entre le volume de la tête fœtale et les dimensions du bassin.

En terminant cette étude, nous donnions quelques indications sur les caractères extérieurs de ce bassin et sur la conduite à tenir dans cette variété de viciation.

11. — Bassin vicié par paralysie infantile.

(*Obs. in Thèse de Roux de Badilhac*, Bordeaux, 1900.)

12. — Colonne vertébrale et bassin scoliotiques.

(*Soc. de Gyn., d'Obst. et de Pæd. de Bordeaux*, 1900.)

Les pièces que nous présentions à la Société d'Obstétrique provenaient d'une femme morte à la Maternité de Pellegrin, de pneumonie, quelques jours après un accouchement.

Malgré une déformation considérable de la colonne dorsolombaire, le bassin était en somme peu touché, les courbures compensatrices ayant suffi à ramener le centre de gravité dans la direction normale avant d'atteindre le bassin.

Il n'existait guère qu'un léger degré d'asymétrie pelvienne, reconnue surtout par l'inspection des points de repère constitués par les E. I. P. S. Dans sa moitié gauche, surtout en arrière, le bassin était légèrement aplati transversalement; mais les diamètres importants du bassin n'étaient pas

touchés, ce qui expliquait que cette femme avait pu accoucher spontanément d'enfants volumineux.

13. — Bassin vicié par luxation congénitale unilatérale de la hanche; accouchement prématuré provoqué.

(*Journal de médecine de Bordeaux*, 1900.)

Chez cette femme, dont le diamètre promonto-pubien minimum mesurait 8 centimètres 5, on provoqua l'accouchement prématuré à huit mois et une semaine environ. Le travail marcha d'une façon normale. Une application de forceps au détroit inférieur fut cependant nécessaire pour extraire l'enfant. Celui-ci, qui pesait 2 k. 400 et qui était bien portant, pesait à sa sortie de l'hôpital 2 k. 650.

L'accouchement prématuré avait donc, dans ce cas, donné un excellent résultat, tandis que, si on avait attendu à terme, un accouchement spontané aurait été probablement impossible, et peut-être aurait-il fallu sacrifier l'enfant, car, comme le dit M. Bonnaire, « la symphyséotomie, dans les bassins viciés par claudication unilatérale, ne saurait être recommandée sans quelques réserves », surtout au point de vue ultérieur; car, chez une femme déjà boiteuse, la section du bassin peut occasionner de tels troubles dans la marche, que celle-ci peut devenir presque impossible.

14. — Ovariotomie double chez une femme enceinte de quatre mois; avortement treize jours après l'opération.

(*Soc. d'Obst. de Paris*, novembre 1900.)

Il s'agissait d'une femme de trente-six ans, ayant mené à terme quatre grossesses, chez laquelle, quelque temps après un avortement de trois mois, on découvrit une tumeur dans la fosse iliaque droite; le diagnostic porté fut : kyste de l'ovaire.

Après être restée un certain temps stationnaire, cette tumeur grossit de manière à gêner les mouvements respiratoires.

Le liquide s'étant reproduit assez vite après une première ponction, puis après une deuxième deux mois après, la malade, étant devenue enceinte sur ces entrefaites, entra à l'hôpital Saint-André (Bordeaux).

Les accidents dyspnéiques étant assez intenses, M. Dubourg décida de faire l'ovariotomie.

On fit l'ablation d'un volumineux kyste de l'ovaire droit, et l'ovaire gauche, qui était scléro-kystique, fut aussi enlevé; l'utérus fut laissé absolument tranquille.

Quoique les suites opératoires aient été excellentes, cette femme expulsa treize jours après l'opération un fœtus non macéré.

Il est probable que dans ce cas l'avortement tardif est dû à ce qu'on a fait l'ovariotomie double; les statistiques donnent en effet, pour cette opération, 25 pour 100 d'avortements, tandis que lorsqu'on fait l'ovariotomie unilatérale, la grossesse continue dans 85 à 90 pour 100 des cas.

Nous insistions aussi sur la difficulté du diagnostic de la grossesse, lorsque celle-ci ne dépasse pas 4 ou 5 mois.

15. — Annexite double à début cataclysmique.

(*Soc. de Gyn., Obst. et Pæd. de Bordeaux*, 1900. En collaboration avec le Dr Bégouin.)

Il s'agissait d'une femme de 18 ans, n'ayant aucun antécédent morbide; pas de pertes blanches, jamais de douleurs dans le bas-ventre. Un soir, elle fut prise d'une douleur du côté gauche de l'abdomen, assez forte pour déterminer une syncope. On porta la malade à la Clinique obstétricale. D'après l'histoire et l'examen de la malade, on fit le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

La laparotomie fut faite, et l'on trouva une poussée de péritonite autour d'une trompe enflammée. On pratiqua la salpingectomie. La malade guérit.

L'examen de cet organe, les coupes pratiquées, démontrèrent qu'il s'agissait bien d'une salpingite non tuberculeuse.

Cette observation était intéressante surtout par l'évolution tout à fait silencieuse de cette lésion, et par la brusquerie et l'aspect alarmant des symptômes péritonéaux par lesquels elle s'était révélée. Assez souvent, des salpingites silencieuses se sont brusquement annoncées par des symptômes analogues, mais ordinairement il y avait eu déchirure de la poche purulente et irruption d'une plus ou moins grande quantité de pus dans le péritoine.

Ici, il n'y avait pas de déchirure de la trompe, mais seulement infection péritonéale localisée par propagation.

16. — Un cas de méningocèle.

(*Soc. de Gyn. et d'Obst. de Bordeaux*, 1900.)

Dans le cas que nous avons communiqué, il s'agissait d'une



Fig. 4.

volumineuse tumeur appendue à la nuque de l'enfant par un pédicule assez large.

Au moment de l'accouchement, le travail avait été assez pénible ; malgré de violentes contractions, la tête avançait difficilement; elle se dégagea, non dans ses diamètres sous-occipitaux, mais bien dans ses diamètres occipitaux. La raison en était la présence de cette tumeur, qui avait provoqué un certain degré de déflexion de la tête (fig. 4).

L'enfant, qui était vivant avant l'expulsion, ne put être ranimé. La mort était due probablement à la compression intra-ventriculaire provenant de l'extrême réductibilité et de la tension du liquide céphalo-rachidien contenu dans la tumeur au moment de l'expulsion.

L'examen anatomique fit voir que la tumeur pédiculée communiquait avec les ventricules cérébraux au moyen de l'aqueduc de Sylvius extrémement dilaté. L'épaisseur de la couche corticale sus-jacente aux ventricules latéraux ne dépassait pas 4 à 5 millimètres.

Cette malformation est assez rare, puisque Trélat, sur 13,000 accouchements, n'a pu en relever que 3 cas.

17. — Un cas de dystocie fœtale. — Hydrocéphale avec spina-bifida et pieds-bots.

(*Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, août 1900.)

Nous donnions l'observation détaillée de ce cas, et nous la faisions suivre de quelques remarques concernant la pathogénie et le diagnostic de cette malformation.

On a incriminé le plus souvent comme cause de l'hydrocéphalie fœtale les tares héréditaires et en particulier la syphilis (Fournier), quelquefois la tuberculose ; dans d'autres cas, on retrouve chez les parents des maladies nerveuses : névropathie, épilepsie, maladies mentales; d'autres auteurs ont signalé l'alcoolisme.

L'intérêt de notre observation est que nous y trouvons réunies plusieurs de ces causes : Un père alcoolique invétéré, une mère tuberculeuse, engendrent une fille idiote, et celle-ci donne naissance à un fœtus hydrocéphale, porteur de plusieurs autres malformations.

La coexistence des malformations des membres inférieurs (pieds-bots, subluxation du genou gauche) avec un spina-bifida de la région lombaire est intéressante au point de vue de la pathogénie des pieds-bots congénitaux.

On sait que différentes théories ont été mises en avant pour expliquer la genèse de ces pieds-bots :

1° Théorie des malformations osseuses primitives (Broca, Lannelongue, Hueter);

2° Théorie de l'attitude vicieuse primitive (oligamnios, brides);

3° Théorie nerveuse (Beclard, Guérin, Gilles de la Tourette).

Notre observation semble apporter un appoint à cette dernière théorie. En effet, au niveau du spina-bifida de la région dorso-lombaire, là où se trouve le renflement abdominal, lieu d'émergence des nerfs qui se rendent aux membres inférieurs, on reconnaît que la moelle présente une altération évidente (aplatissement, adhérences). Ces altérations médullaires ont pu retentir sur le développement des membres inférieurs, de façon à produire des malformations, soit par paralysie de certains groupes de muscles, soit par troubles trophiques.

Le diagnostic de l'hydrocéphalie pendant la grossesse est souvent difficile, et, dans notre observation, il n'avait pas été fait. C'est ce qui arrive souvent quand il y a présentation du siège, la tête étant très difficile à explorer. M. Pinard recommande dans ce cas de faire la version externe; mais, outre qu'elle peut être dangereuse, elle n'est pas toujours très facile, et le diagnostic reste en suspens. Cette difficulté de la version lorsque la tête est en quelque sorte encastrée, sans ballottement possible, dans une corne utérine, peut, ce nous semble, mettre sur la voie du diagnostic de l'hydrocéphalie.

18. — Grossesse gemellaire avec un des fœtus pseudencéphale.

(Revue de Gyn., Obst. et Pæd. de Bordeaux, 1900.)

Femme arrivée à la Maternité à la dilatation complète, et chez laquelle le diagnostic de grossesse gémellaire n'avait pas été fait.

Après la naissance du premier fœtus, bien constitué, il se produisit une hémorrhagie considérable, due au décollement du premier placenta. La poche des eaux du deuxième œuf est alors rompue, l'hémorrhagie diminue et le premier placenta est expulsé. Au toucher profond, on arrive sur un coude. On pense à une présentation de l'épaule, et on s'apprête à faire la version, quand, en une ou deux contractions, le fœtus arrive sur le plancher périnéal, ses deux avant-bras repliés l'un sur l'autre et précédant la tête. Expulsion spontanée.

Dans ce fait, les bras remplaçaient en quelque sorte la voûte cranienne dans le mécanisme de l'accouchement.

Quant à la monstruosité elle-même, elle présentait ceci de particulier, que la voûte du crâne manquait complètement et était remplacée par une tumeur de nature vasculaire, du volume d'un œuf de poule.

19. — Avortement complet de trois mois et demi avec décollement de l'amnios.

(Soc. de Gyn., d'Obst. et de Pædiatrie de Bordeaux, 1901. En collaboration avec le Dr Alain.)

20. — Délivre d'une grossesse gémellaire

(Soc. de Gyn., d'Obst. et de Pædiatrie de Bordeaux, 1901. En collaboration avec le Dr Alain.)

21. — Infection post-abortum; — Endocardite végétante; — Embolie; — Gangrène d'un membre inférieur; — Amputation; — Mort.

(*Revue mens. de Gyn., Obst. et Pæd. de Bordeaux*, janvier 1901. En collaboration avec le Dr Bégouin.)

Une femme, sans aucun antécédent morbide, fait en ville une fausse couche d'un mois et demi à deux mois. A la suite de touchers répétés, elle est prise de frissons, avec fièvre et infection utérine. On l'admet à l'isolement de la Clinique. Malgré un traitement approprié, les phénomènes généraux continuent. Au bout de quelques jours, apparurent des signes de gangrène au niveau du membre inférieur droit qui paraissait sain jusqu'à trois travers de doigt au dessus de la rotule.

L'état général devenant plus mauvais, on se décide à pratiquer l'amputation de la cuisse. Elle est faite par le Dr Bégouin. Malgré cette intervention, l'état général s'aggrave et la malade meurt quatre jours après.

A l'autopsie, on trouva une endocardite végétante de la valvule mitrale, qui ne s'était traduite à l'auscultation que les deux ou trois derniers jours. Les artères iliaques et fémorales étaient oblitérées par des caillots.

22. — Gangrène des membres inférieurs pendant les suites de couches.

(*Société Obstétricale de France*, 1901.)

Les faits de gangrène des membres inférieurs pendant les suites de couches constituent un des accidents les plus redoutables de la période puerpérale. Nous avons fait de nombreuses recherches dans la littérature médicale française et étrangère pour savoir si des faits identiques avaient été publiés, et nous avons été surpris du petit nombre d'observations que nous avons trouvées.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'en faire une

étude un peu détaillée, surtout au point de vue pathogénique. Nous avons fait cette étude sur 23 observations, dont deux personnelles.

Etiologie et pathogénie. — Il est un premier point sur lequel il ne peut y avoir de doutes, c'est que l'infection existe toujours au début de cet accident. Toutes les causes qui favorisent (albuminurie, hémorrhagies, avortement, intervention obstétricale, etc...) ou produisent l'infection pourront être invoquées dans l'étiologie immédiate de l'affection : c'est en effet ce que nous trouvons dans les observations.

Nous insistions surtout sur le mécanisme intime de production de la gangrène.

En nous fondant sur les autopsies ou sur les examens anatomiques des membres amputés, nous voyons qu'on peut diviser les gangrènes en deux groupes principaux :

1° Les gangrènes d'origine artérielle ;

2° Les gangrènes d'origine veineuse.

I. — Les premières peuvent se produire de deux manières : ou bien une embolie partie du cœur gauche vient oblitérer une artère d'un membre, produisant un foyer thrombosique, ou bien il se fait une endartérite primitive oblitérante. Le premier mode pathogénique est de beaucoup le plus fréquent. L'infection puerpérale grave détermine en effet dans certains cas, surtout quand le cœur est déjà lésé par une affection ancienne (Obs. personnelle), une endocardite végétante souvent localisée au cœur gauche (valvule mitrale, valvule aortique). Sous l'influence des mouvements du cœur et de l'ondée sanguine, des parcelles de végétations se détachent et vont oblitérer des artères en des points variables (cerveau et ramollissement ; membres inférieurs et gangrène). L'embolie étant septique (streptocoques dans deux cas), il va se produire une endartérite remontant plus ou moins haut dans le tronc de l'artère primitivement oblitérée (examens microscopiques dans une de nos observations), et donnant ainsi naissance à une thrombose étendue, obstruant les collatérales qui pourraient rétablir le cours de la circulation.

Au point de vue clinique, l'endocardite végétante se traduit par des symptômes généraux et par des souffles variables. Mais, fait important à noter, les souffles sont très tardivement perçus à l'auscultation, de telle sorte que souvent la gangrène est déclarée et le cœur paraît encore normal. Aussi, dans plusieurs des observations, quoiqu'on lise « cœur normal », l'examen anatomique n'ayant pas été fait, il est bien probable que la gangrène était d'origine embolique.

II. — Les gangrènes d'origine veineuse, en dehors de la puerpéralité, ont été discutées depuis nombre d'années dans les travaux de Piorry, Troisier, Rondot, Vaquez, Spillmann, M. Raynaud, et tout récemment dans une thèse de Paris de Reyt (1897). Niées par les uns, admises par les autres, il nous semble qu'elles ne doivent pas être rayées du cadre étiologique de la gangrène, si l'on s'en rapporte aux examens anatomiques qui ont été pratiqués dans lesquels on n'a trouvé aucune lésion artérielle, mais bien toutes les veines thrombosées.

La gangrène par oblitération veineuse ne se trouve réalisée que dans le cas où la stase sanguine est assez absolue pour priver les éléments des tissus des principes nutritifs dont ils ont besoin. Il faut donc que les points de phlébite oblitérante soient nombreux.

Le sang, arrivé par des artères perméables aux confins des deux circulations artérielle et veineuse, trouve les capillaires encombrés par le sang qui n'a pu s'écouler par les veines oblitérées. Il est forcé de s'arrêter. Le résultat ne se fait pas attendre, la mortification des tissus se produit. On aura surtout dans ce cas une gangrène humide, car les liquides abondent.

Au point de vue pathogénique, il nous faut encore signaler des cas dans lesquels on a trouvé les veines et les artères oblitérées. On comprend que dans ces faits la gangrène doit se produire beaucoup plus sûrement. Mais le plus souvent, il est assez difficile de dire quelle est la partie du système circulatoire qui a été thrombosée la première.

Enfin, dans deux observations, on a signalé des gangrènes

symétriques pendant les suites de couches. Dans trois autres observations de Lee Dickinson, Hubert et M. Raynaud, la gangrène symétrique s'était produite au niveau des membres supérieurs.

Pronostic et conduite à tenir. — Le pronostic est essentiellement variable dans les deux formes de gangrène. Dans les gangrènes veineuses, sur les trois cas que nous avons trouvés, il y a eu trois morts.

Au contraire, dans les douze observations de gangrène artérielle, il y a eu sept guérisons (à la suite d'amputation) et cinq morts (malgré l'amputation).

Et si nous réunissons toutes nos observations, même celles dans lesquelles la cause de la gangrène n'est pas indiquée, nous avons une mortalité de treize sur vingt-trois cas, c'est-à-dire 56 pour 100 environ.

Au point de vue de la conduite à tenir, même distinction à faire. Dans les gangrènes d'origine veineuse, toute intervention chirurgicale est absolument contre-indiquée. C'est le traitement général seul qui doit être employé.

Dans les gangrènes d'origine artérielle, aussitôt que le sillon d'élimination apparaît, il faut amputer le membre atteint, et cela à un endroit où l'on sent les battements artériels. Le traitement général ne devra pas non plus être négligé.

II. — PUBLICATIONS CHIRURGICALES

---

23. — Fréquence de la rupture du cal dans le traitement des fractures de la rotule par le massage et la mobilisation précoce.

(*Gaz. méd. de Paris*, 1897. En collaboration avec le Dr Bégouin.)

A l'heure actuelle, si on consulte les livres classiques les plus récents et les plus autorisés (*Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus ; de Le Dentu et Delbet ; *Traité de thérapeutique chirurgicale* de Forgues et Reclus) sur la conduite à tenir dans les cas de fracture transversale de la rotule, on voit que deux méthodes sont seulement admises et doivent entrer en ligne de compte : la suture osseuse et la méthode de Tilanus par le massage et la mobilisation précoce. Ce dernier procédé, introduit en France par son auteur, au Congrès de chirurgie de 1885, et encore peu employé, est assez dangereux, car ses résultats éloignés sont souvent mauvais, la rupture du cal se produisant, après son emploi, dans près du quart des cas. C'est sur ce point non encore indiqué que nous avons insisté.

Hamilton, à propos des fractures de la rotule traitées par les anciennes méthodes, disait que, avec la mobilisation, même tardive, il pouvait survenir une rupture du cal, à la suite d'un mouvement souvent peu accentué. Nous avons alors pensé qu'avec la mobilisation précoce les ruptures devaient être plus fréquentes.

Cherchant alors dans la littérature médicale, là où on emploie surtout la méthode de Tilanus, c'est-à-dire en Hollande, en Belgique, en Allemagne, en Suisse, dans les Pays scandinaves, les cas de fractures traités par cette

méthode, nous avons pu constater qu'un petit nombre seulement de malades avaient été longtemps suivis (35 seulement). — Sur ces 35 cas, nous avons touvé 8 ruptures du cal, soit 23 %, près du quart des cas. Cette rupture du cal est grave ; elle entraine avec elle une impotence fonctionnelle considérable et nécessite une intervention chirurgicale tardive, toujours moins favorable que si elle avait été précoce.

Cet accident doit donc entrer en ligne de compte pour faire rejeter la méthode de Tilanus et adopter la suture osseuse. Avec celle-ci, en effet, la rupture du cal est un fait excessivement rare, dont nous n'avons pu réunir que sept observations, c'est-à-dire bien peu si l'on songe au grand nombre des sutures osseuses pratiquées dans ces dernières années.

24. — Pouce supplémentaire de la main droite.

(*Journal de Méd. de Bordeaux*, 1897.)

25. — Traumatisme de la jambe gauche; section et dilacération des tissus; tentative de conservation du membre.

(*Soc. d'Anat. de Bordeaux*, 1897. En collaboration avec M. Martin.)

Dans notre observation, il s'agissait d'un jeune homme qui eut la jambe broyée et sectionnée dans un engrenage; le tibia et le péroné apparaissaient dénudés de leur périoste et de leurs muscles arrachés avec le pied. La peau était décollée jusqu'au dessus du genou. A propos de cette observation, nous discutions la conduite à tenir dans un pareil cas. Fallait-il faire l'amputation de la cuisse immédiatement, ou attendre pour cela la limitation des lésions ? Notre conclusion était que l'amputation immédiate chez un malade en état de shock, et ne permettant pas de savoir si les lambeaux seraient taillés en tissu sain, devait être rejetée. C'est du reste la conduite qui fut suivie, et, huit jours après, les parties mortifiées étant assez bien délimitées, M. Bégouin fit l'amputation de la cuisse. Malheureusement,

le lendemain, le malade mourait subitement, probablement d'une embolie.

26. — Fracture de la rotule traitée par la suture osseuse; guérison en quinze jours.

(*Journal de Méd. de Bordeaux*, 1897. En collaboration avec M. Martin.)

Il s'agissait d'un cas de fracture transversale de la rotule dont les deux fragments étaient assez peu écartés. La suture fut faite par M. Demons, et, au bout de 15 jours, la guérison était suffisamment complète pour que le malade pût se lever et marcher.

27. — Ostéomyélite du fémur; séquestre.

(*Journal de Méd. de Bordeaux*, 1897. En collaboration avec M. Bégouin.)

La pièce dont il s'agissait, et qui a été déposée au Musée de la Faculté de Médecine, a été extraite par M. le Dr Bégouin de l'intérieur d'un fémur atteint d'ostéomyélite. Ce séquestre était entouré sur tout son pourtour d'une production osseuse récente; il représentait l'extrémité de la diaphyse fémorale, frappée de mort presque entièrement dans ses deux tiers inférieurs.

28. — Hématocèle de la tunique vaginale avec diverticulum.

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1897.)

Les auteurs classiques décrivent la pachyvaginalite chronique (hydrocèle et hématocèle) comme une tumeur formée d'une poche unique, sans irrégularités, sans bosselures. Mais dans un article paru dans la *Revue de Chirurgie* (1898), MM. Demons et Bégouin ont montré, par cinq observations personnelles, que la pachyvaginalite peut être quelquefois formée d'une grande poche avec des diverticules, ou bien de poches multiples et indépendantes, ce qui a une grande importance au point de vue du diagnostic. L'observation que nous communiquions à la Société d'anatomie de Bordeaux,

et qui était celle d'un malade opéré par M. Demons, est une des cinq qui ont servi de point de départ au mémoire de MM. Demons et Bégouin.

29. — Un cas de fibro-chondrome branchial.

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1897. En collaboration avec M. Hugon.)

MM. Lannelongue et Achard ont décrit dans leur *Traité des kystes congénitaux*, sous le nom de fibro-chondromes branchiaux, des tumeurs, relativement assez rares, siégeant le plus souvent dans la région préauriculaire, au voisinage du tragus, et quelquefois dans la région cervicale, tumeurs dues à la persistance anormale avec excroissance de la tige cartilagineuse qui forme le squelette primitif des arcs branchiaux.

C'est à une de ces tumeurs que nous avions affaire ; elle siégeait au niveau de l'os hyoïde, sur le prolongement de la grande corne. Elle fut enlevée par M. le Prof. Demons, et l'examen microscopique nous a montré qu'elle était formée par du tissu fibro-cartilagineux associé à un peu de tissu graisseux.

30. — Un cas de grenouillette aiguë.

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1897.)

Une femme de 42 ans avait vu survenir en très peu de temps (48 heures) une tuméfaction œdémateuse de la région sus-hyoïdienne et du plancher buccal. Le diagnostic était particulièrement difficile dans ce cas ; il ne s'agissait pas d'une grenouillette antérieure rompue dans le tissu cellulaire du plancher buccal, ni d'une angine de Ludwig, à cause de l'absence de phénomènes généraux. On pensa à une grenouillette aiguë, la marche de l'affection ayant été rapide, et son début s'étant produit de suite après le repas, ce qui est le plus ordinaire.

31. — Polype naso-pharyngien.

(*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1897.)

Observation d'un jeune homme de 16 ans, porteur d'un volumineux polype naso-pharyngien ayant déterminé une déformation considérable de la joue gauche et de l'exophtalmie du même côté.

Nous discutions le diagnostic de cette affection et nous essayions de donner la conduite à tenir dans un pareil cas.

32. — Dilatation anormale des joues chez un souffleur de verre.

(*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1897.)

33. — Lipome de la région mammaire.

(*Soc. d'Anat. de Bordeaux*, 1897.)

34. — Un cas de maladie kystique de la mamelle.

(*Soc. de Gyn., Obst. et Pæd. de Bordeaux*, 1897.)

Nous relations l'observation d'un cas de maladie kystique de la mamelle opérée par M. Demons, et nous en donnions l'examen anatomo-pathologique complet.

III. — PUBLICATIONS MÉDICALES

35. — Rétrécissement mitral pur et tuberculose du genou.

Recherches expérimentales.
(*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1899. En collaboration avec le Dr Hobbs.)

Il s'agissait d'une femme de 56 ans, atteinte de rétrécissement mitral pur, chez laquelle avait évolué une arthrite du genou gauche, consécutivement à une chute. La nature de cette arthrite put être diagnostiquée à la suite de l'injection à des cobayes du liquide retiré par une ponction de l'articulation. Ces animaux présentèrent au bout de peu de temps tous les symptômes de l'infection tuberculeuse. A propos de ce fait, nous insistions sur la nécessité qu'il y a d'inoculer aux animaux les sérosités inflammatoires dont on veut connaître la nature exacte.

36. — Reins polykystiques.

(*Bull. de la Soc. d'Anat. de Bordeaux*, 1899.)

Reins provenant d'une femme morte d'urémie dans le service de M. le Dr Rondot. Le rein droit pesait 1,210 grammes, le rein gauche 420 grammes. L'examen anatomo-pathologique que nous avons fait a montré que les kystes étaient dus à la formation d'un tissu de sclérose, avec étranglement des éléments propres du rein, s'accompagnant d'un degré marqué de néphrite épithéliale.

37. — Autopsie d'un cas d'acromégalie compliquée de goitre exophtalmique fruste et d'épilepsie jacksonienne.

(*Bulletin de la Société d'Anat. de Bordeaux*, 1899.)

Les observations d'acromégalie compliquée d'épilepsie partielle à type facial sont rares; MM. Raymond et Souques en ont rapporté un cas au Congrès de Nancy (1896).

Nous donnions l'observation aussi complète que possible, ainsi que la relation de l'autopsie.

Le point intéressant de cette autopsie était que nous avions trouvé en arrière du chiasma des nerfs optiques une tumeur grosse comme un marron, de couleur violacée, reposant sur la selle turcique, et ayant refoulé toutes les parties avoisinantes. C'était une nouvelle confirmation de l'hypertrophie, simple ou néoplasique, de l'hypophyse, comme condition pathogénique de la maladie de Marie.

38. — Quelques résultats de l'opothérapie surrénale dans le traitement de la maladie d'Addison.

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, avril et mai 1900.)

Après un historique aussi complet que possible de la question, nous donnions six observations personnelles et inédites de maladie d'Addison, que nous avions traitée par l'opothérapie surrénale. Nous les faisions suivre de quelques considérations intéressant ce mode de traitement.

Tout d'abord, nous mettions en lumière la parfaite innocuité du traitement opothérapique surrénal tel que nous l'avions donné; fait important, car dans ces dernières années plusieurs auteurs (Boinet, Rendu, Schilling) avaient signalé des accidents souvent graves à la suite de ce traitement; nous montrions que ces accidents devaient être mis sur le compte de doses exagérées de produit surrénal.

Nos malades prenaient tout d'abord une quantité d'extrait correspondant à 0 gr. 10 de glandes fraîches, et ce n'est que

peu à peu que nous augmentions la dose; de cette façon nous avons pu éviter tout accident.

La première amélioration qui se produisait était le relèvement de la tension artérielle. Ce résultat était bien conforme à ce que l'on sait sur les propriétés de l'extrait capsulaire, d'après les expériences de Oliver et Scheffer en Angleterre, de Cybulsky et Sczymonowicz à Cracovie, de Langlois en France.

De l'étude de nos observations, nous arrivions aux conclusions suivantes :

1° L'opothérapie surrénale donne, dans le traitement de la maladie d'Addison, de bons résultats; elle peut amener la guérison, ou du moins procurer une amélioration notable (de nos malades, 3 guérisons, 2 améliorations);

2° L'extrait capsulaire sera donné par la voie digestive et non en injections hypodermiques; il sera préférable d'employer l'extrait sec, plus facile à prendre que la glande fraîche;

3° Ce traitement, suivi avec prudence, en donnant des doses relativement faibles et en surveillant attentivement le malade, est d'une innocuité absolue ;

4° Pour être efficace, il sera continué pendant longtemps, même après la guérison du malade.

39. — Les injections sous-cutanées de sérum gélatiné contre les hémorrhagies.

(Observations in Thèse de Castaing, Bordeaux, 1899.)

40. — Opothérapie hépatique dans le diabète.

(Observations in Thèse de Roques, Bordeaux, 1899.)

41. — Opothérapie thyroïdienne dans le rhumatisme chronique.

(Observations in Thèse de Viala, Bordeaux, 1899.)

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.